

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 0 Réclamation                      | <a href="mailto:contact@mupras.com">contact@mupras.com</a>   |
| 0 Prise en charge                  | <a href="mailto:pec@mupras.com">pec@mupras.com</a>           |
| 0 Adhésion et changement de statut | <a href="mailto:adhesion@mupras.com">adhesion@mupras.com</a> |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



## Déclaration de Maladie

N° W19-456294

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>RIU50</b>		
Matricule : <b>10648</b> Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>BAYSSOUN Henda</b>		
Date de naissance : <b>24.09.49</b>		
Adresse :		
Tél. : <b>0661412628</b> Total des frais engagés : <b>250 DC + 92,70 Fcda</b>		

Cadre réservé au Médecin

<b>Docteur Omar JAMAI</b>	
<b>CHIRURGIEN PEDIATRE</b>	
340, Bd. Brahim Roudani	
Tél. / Fax : 0522 99 44 99	
Urgences : 0661 14 74 33	
08 JAN. 2020	
Scandacem Jours Sgar Age: 11m	
Date de consultation :	Nom et prénom du malade :
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie : <b>Jambes douloureuses</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attendeur conseil de la Mutuelle	
10 MARS 2020	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **DOCTEUR SIEGER RAM**

Signature de l'adhérent(e) : **Docteur Omar JAMAI**  
**CHIRURGIEN PEDIATRE**  
**340 Bd Brahim Roudani** **08 JAN. 2020**  
**0522 99 44 99**  
**0661 14 74 33**

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08 JAN. 2020	<i>Cure de</i>	<i>250</i>	<i>INP :</i> <input type="text"/>	<b>Docteur Omar JAMAI</b> <b>CHIRURGIEN PEDIATRE</b> 340, Bd. Brahim Roudani Tel. / Fax : 0522 99 44 99 <u>Urgences : 0661 14 74 33</u>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/01/20	92.70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

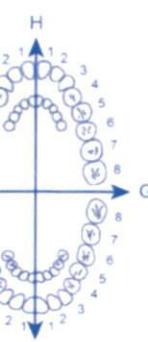
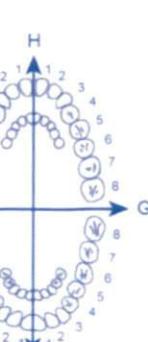
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS [ ]
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur Omar JAMAI

CHIRURGIEN PEDIATRE

pecialiste de la Chirurgie de l'enfant et du Nourrisson

Orthopédie et Traumatologie de l'enfant

Chirurgie digestive - Urologie

Chirurgie plastique et Brûlures

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Ancien attaché des CHU de Nancy, Besançon et Reims

Ancien Chirurgien des Polycliniques de la CNSS



الدكتور عمر الجامعي

طبيب إختصاصي في جراحة الطفل والرضيع

جراحة الجهاز الهضمي، الجهاز البولي والختان

جراحة العظام والمفاصل والكسر

تقويم العاهات وجراحة التجميل

خريج كلية الطب ببنانسي فرنسا

ملحق سابق بمستشفيات نانسي، بزانسون وريمس بفرنسا

طبيب سابق بمصحات الضمان الاجتماعي بالدار البيضاء

Casablanca, le

08.1AN. 2020

الدار البيضاء، في

79.30

12.80

92.70

Docteur Omar JAMAI  
CHIRURGIEN PEDIATRE  
340, Bd. Brahim Roudani  
Tél. / Fax : 05 22 99 44 99  
Urgences : 06 61 14 74 33

S.V.

S.V.

buvable en sachet  
Poudre pour suspension



**ENFANT**

500 mg/62,5 mg

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

**CLAVULIN®**

PER : 04/19

LOT : 558611

PPV : 79,90 DH

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
Uniquement sur ordonnance

6 118000 040316



10 SUSPENSIONS  
Paracetamol

Doliprane® 300 mg

PER 10/20

PPV 12DHB80

19,80